

Sur trois cas d'ictus laryngés

improprement appelés

« Ictus laryngés des bronchitiques » Syphilis et ictus laryngés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Paul ROQUE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Neuro-Psychiâtrie

né à Aix-en-Provence le 20 Novembre 1906



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vandrey 32.55

LVON

1929

Sur trois cas d'ictus laryngés
improprement appelés
« **Ictus laryngés des bronchitiques** »
Syphilis et ictus laryngés

Sur trois cas d'ictus laryngés improprement appelés « Ictus laryngés des bronchitiques » Syphilis et ictus laryngés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Paul ROQUE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Neuro-Psychiatrie

né à Aix-en-Provence le 20 Novembre 1906



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vandrey 32.33

LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen..... M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique.....	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie.....	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT Léc
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MÄZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FAVRE, Président ; MARTIN Joseph F., Assesseur ;
MM. BERNHEIM et DECHAUME Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MON FRÈRE AÎNÉ

A MA MÈRE

Témoignage de filiale affection
et de profonde reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

*Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux de Lyon*

Nous lui exprimons toute notre gratitude pour avoir bien voulu nous inspirer l'idée de ce travail et nous avoir prodigué ses précieux conseils et ses encouragements. Nous garderons toujours un souvenir reconnaissant de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BERTEIN

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chirurgien à l'Hôpital Desgenettes*

Nous garderons toujours le souvenir du grand service qu'il nous a rendu.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

M. le Professeur Favre eut l'occasion ces temps derniers d'observer dans son service de l'Hôtel-Dieu trois malades atteints d'ictus laryngés. Un examen approfondi mit en évidence certains faits cliniques qui, retrouvés chez les trois malades successivement, méritaient d'être soulignés.

Après un rapide aperçu historique, qui n'a pas la prétention d'être complet, mais qui note seulement les grandes étapes faites dans la connaissance de cet accident si curieux, nous nous proposons d'aborder l'étude clinique. Laissant de côté la description complète de l'ictus laryngé lui-même, qui a été faite à maintes reprises et à laquelle nous ne saurions ajouter quelque chose, nous insisterons plus particulièrement sur certaines constatations cliniques que nous avons pu faire et sur le terrain morbide de ces malades.

De quelques faits précis et concordants, nous essaierons de dégager des notions étiologiques : ce chapitre retiendra toute notre attention. En effet, ce que l'on peut reprocher aux études qui ont été faites de l'ictus laryngé, c'est de contenir souvent de longues discussions pathogéniques, alors que l'étiologie retient peu les auteurs. Un examen détaillé des conditions dans lesquelles cet accident survient nous fournira des renseignements utiles pour instituer un traitement vraiment efficace : un traitement étiologique.

HISTORIQUE

C'est sous le nom de vertige laryngé que Charcot, le premier, en 1876 décrivit à la Société de Biologie un syndrome caractérisé par « une sensation subite et imprévue de chatouillement au niveau du larynx, provoquant quelques secousses de toux spasmodique et immédiatement après une perte de connaissance avec rougeur de la face et quelquefois des convulsions épileptiformes partielles ». Il ajoutait : « Le malade revient à lui instantanément, avec pleine possession de son intelligence, comme si rien ne s'était passé. » Nous avons rapporté plus loin les deux observations initiales de Charcot. Trois ans plus tard, il décrivit deux cas nouveaux dans le *Progrès Médical* : on les trouvera également plus loin.

Quelques jours après la première publication de Charcot, Gellé décrivit, sous le nom de spasme apoplectique du larynx, un malade analogue.

A ces travaux s'ajoutent deux observations de Gasquet parues en 1878. Pour cet auteur, comme pour Charcot, il s'agissait d'un vertige dû à l'excitation des nerfs centripètes du larynx, comme le vertige de Ménière est dû à l'excitation centripète du nerf auditif ; le chatouillement laryngé initial étant assimilé au sifflement initial du vertige de Ménière.

En 1882, Chamberlain, Krishaber et Landon Carter Gray publient trois cas nouveaux. Le dernier concerne un épileptique certain et donne lieu à une idée pathogénique nouvelle.

L'année suivante, Bianchi décrit encore un ictus laryngé survenu chez un épileptique. Il se livre alors à une série d'hypothèses sur la pathogénie de cet accident, insiste sur ses rapports avec l'épilepsie et conclut qu'il s'agit toujours d'une névrose du nerf vague, le chatouillement du début étant toujours d'origine centrale.

En 1883 paraissent deux cas de Lefferts, et l'année suivante ceux de Mac Bride et de Massei. Ce dernier fait des réserves sur les rapports de l'ictus laryngé et de l'épilepsie, et fait jouer un grand rôle aux troubles circulatoires.

Deux années plus tard, Knight donne deux observations, dont l'une concerne une femme. En 1887 paraissent deux cas de Thermes et un de Dauvin ; en 1888, celui de Weill. En 1889, Garel publie encore un cas.

Armstrong, en 1883, réunit les vingt cas connus et en ajoute un. La théorie circulatoire lui paraît insuffisante. La même année, Cartaz relate quatre observations nouvelles au Congrès de Laryngologie.

En 1890, d'Aguanno, à l'occasion d'un cas observé par lui, attribue un rôle primordial aux lésions laryngo-bronchiques et aux troubles circulatoires qu'elles provoquent. Un an après, Roquer de Casadesus, puis Adler et Gleitsmann publient chacun une observation. Ces deux derniers insistent sur le rôle que peuvent jouer les titillations de la luette dans la pathogénie de cet accident. Ruault, puis Kurz rapportent encore quelques cas.

C'est en 1891 que paraît un mémoire particulière-

ment important sur ce sujet. Il est publié par MM. Garel et Collet dans les *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*. A propos de 23 cas observés par eux, ils font une étude détaillée, étiologique, clinique et pathogénique de l'ictus laryngé. Ces auteurs font une description approfondie de l'ictus laryngé lui-même et signalent l'existence à peu près constante des lésions broncho-pulmonaires : emphysème, bronchite chronique avec râles disséminés dans les deux poumons et surtout aux bases. Pour eux, l'excitation périphérique du laryngé supérieur aurait comme effet ultime une anémie cérébrale suffisante pour produire la perte de connaissance et la chute. Cet effet serait aggravé peut-être par les altérations vasculaires, qui n'ont pas lieu de surprendre chez des gens âgés.

Deux ans après paraissent deux thèses : l'une de Bedos à Paris, l'autre de Chazalon à Lyon, apportant quelques cas nouveaux.

En 1913, Bergé, dans la *Revue médico-thérapeutique*, traite de l'ictus laryngé et soutient une théorie réflexe.

Au mois de juillet 1915, Jeanselme et Lian rapportent à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* « deux cas d'ictus laryngé des bronchitiques ». En raison de la fréquence relative de cet accident, ils s'étonnent qu'il ne soit même pas cité dans les traités aux chapitres de la bronchite chronique et de l'emphysème. De cette époque datent les recherches de Lian sur le réflexe oculo-cardiaque chez les malades atteints d'ictus laryngés.

En 1920 paraît à Paris une Thèse de Pinart, inspirée par Lian, sur l'ictus laryngé des bronchitiques. L'auteur, après une revue de la question, consigne ses recherches sur le réflexe oculo-cardiaque et conclut en disant que les malades observés par lui présentaient un réflexe toujours positif. Tous ces malades seraient, pour Pinart, des vagotoniques. L'excitation violente du noyau bulbaire du pneumogastrique, qui se produirait certainement au début de l'ictus, retentirait d'emblée et avec intensité sur les appareils respiratoire et circulatoire, d'où perte de connaissance.

Halphen et Aubin en 1922, puis en 1924, rapportent plusieurs cas d'ictus des bronchitiques. Ils pensent qu'il s'agirait d'un réflexe inhibiteur de défense contre les corps étrangers, les vapeurs irritantes ; l'irritation produite amènerait la fermeture de la glotte aboutissant à l'apnée et à l'ictus psychique par anémie cérébrale, mais sans arrêt circulatoire.

Paisseau et Lambling, en 1923, présentent un malade à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*. Ils insistent sur l'hypervagotonie décelée par le réflexe oculo-cardiaque exagéré et proposent le terme d'ictus bronchitique, car, pour eux, le point de départ de l'ictus n'est pas laryngé.

Quelques jours après, Sezary apporte devant la même Société une nouvelle observation et insiste encore sur l'exagération du réflexe oculo-cardiaque chez son malade. Cependant, sans prendre parti, il dit que le problème pathogénique reste entier.

Enfin, en 1925, Ferreri, dans la *Revue de Laryngo-*

logie, raconte l'histoire d'un malade qui, à propos d'un éclat de rire, perd connaissance ; cet accident se reproduisant plusieurs fois, le malade évite de rire. L'auteur envisage alors les différentes explications possibles : troubles circulatoires, inhibition, action sur le pneumo-gastrique, altérations centrales corticales, mais ne s'arrête sur aucune.

Il est possible de se rendre compte par ce rapide aperçu historique que, depuis le travail initial de Charcot paru en 1876, l'ictus laryngé a donné lieu à de nombreuses publications. Sans être un accident très fréquent, il se présente cependant assez souvent. Sa physionomie si particulière a, à maintes reprises, attiré l'attention des cliniciens. A l'occasion de chaque cas nouveau, ils ont cherché une explication étiologique satisfaisante. Des faits nouveaux ont chaque fois été interprétés de façon nouvelle. Si quelques-unes des pathogénies semblent pouvoir s'appliquer à certains cas particuliers, aucune ne peut s'appliquer à la généralité des cas.

On peut donc dire que le problème reste entier. Pourquoi l'ictus laryngé, qui constitue un accident si particulier, d'ailleurs bien connu actuellement quant à son aspect clinique, reste-t-il si rare par rapport au nombre considérable des bronchitiques chroniques et des emphysémateux que l'on observe chaque jour ? Quel est l'élément inconnu, probablement constant, qui pourrait expliquer son étiologie et peut-être aussi sa pathogénie ?



OBSERVATIONS

Observations originales

OBSERVATION I

(Professeur FAVRE)

C..., 54 ans, employé de tramway, entre le 15 juin 1924 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Docteur Favre, pour une bronchite chronique. Le malade tousse depuis 8 à 10 ans ; il a eu des accidents pulmonaires fébriles à diverses reprises : on les a qualifiés de congestions pulmonaires. Il tousse toute l'année, mais chaque hiver, il a une recrudescence de sa bronchite.

A l'examen, c'est un homme pléthorique, un peu obèse ; il est oppressé ; il tousse tellement la nuit qu'il a, la nuit dernière, empêché ses voisins de dormir. Il crache abondamment, surtout au réveil et l'on constate que son expectoration est formée d'un liquide assez abondant, dans lequel on retrouve de gros crachats purulents, à côté de crachats visqueux, blancs jaunâtres.

A l'examen pulmonaire, on note aux deux bases des râles qui, à droite, sont particulièrement gros et éclatants ; on ne les perçoit à gauche que dans le tiers inférieur du poumon ; on les entend à droite jusqu'à la partie moyenne ; de ce côté, sur la ligne axillaire moyenne, à quatre travers de doigts environ du bord inférieur du creux axillaire, les râles de gros calibre donnent parfois l'impression, lors des quintes de toux, d'un véritable gargouillement. Aux deux hiles, la respiration est soufflante. Rien de net aux sommets.

L'examen cardiaque montre un cœur dont la pointe est un peu abaissée et déviée ; elle bat dans le cinquième espace. Ni souffle, ni trouble du rythme. La tension artérielle est élevée ; 19 sur 14.

L'exploration de l'abdomen montre un foie nettement augmenté de volume et anormalement dur, dont le bord inférieur déborde les fausses côtes de quatre travers de doigts.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

L'examen du système nerveux révèle des perturbations des réflexes : les deux réflexes achilléens sont abolis ; les réflexes rotuliens sont inégaux : le réflexe rotulien gauche est très faible.

Les pupilles se contractent lentement à la lumière.

Sous le gros orteil gauche on trouve un durillon corné en voie de se creuser et qui ressemble à un début de mal perforant.

Il faut noter dans les antécédents du malade, qu'il est un éthylique et qu'il a eu, à 24 ans, la syphilis, dont il ne s'est jamais soigné convenablement.

Le 25 juin, note du Docteur Favre : Il y a quelques points à ajouter à l'observation du malade. En l'interrogeant, on apprend, qu'à certains moments, il présente des crises particulières. Il éprouve à ce moment, dit-il, des picotement laryngés très intenses, il tousse et tombe subitement, en perdant connaissance pendant un temps très court.

Il s'agit certainement, de crises d'ictus laryngés, et le malade signale bien que ce n'est pas lors des violentes quintes de toux, qui s'accompagnent de cyanose, de larmolement, de congestion du visage, qu'il perd connaissance. C'est souvent, au contraire, à la suite d'un picotement laryngé particulièrement intense et qu'il reconnaît lui-même, après quelques secousses de toux, souvent rares, qu'il tombe brusquement. Il connaît si bien son mal, qu'il peut le plus souvent le prévoir et qu'alors il s'accroche aux manettes de son tramway, dont il ralentit l'allure, pour ne pas tomber pendant le court espace de sa crise.

Au point de vue pulmonaire, le malade est certainement un bronchectasique. Les doigts sont nettement déformés en baguettes de tambour,

Dans l'expectoration purulente, on a recherché deux fois, par la méthode de l'homogénéisation, par digestion des crachats, le bacille de Koch sans le rencontrer.

L'examen radioscopique montre des hiles très gros, d'où partent, se dirigeant vers la base des arborisations nettement visibles. Le jeu du diaphragme, à droite, est extrêmement limité.

Le malade est certainement aussi un petit tabétique. Il accuse, lors des changements de saison, dit-il, des douleurs brusques, avec dérochement des jambes.

La réaction de Wasserman s'est montrée nettement positive.

20 juillet 1924 : Le malade très pusillanime a été traité par le sirop de Gibert et par des injections de novarsénobenzol : jusqu'à quatre-vingt-dix centigrammes.

Les accidents pulmonaires ont été remarquablement influencés par le traitement.

Le malade a été revu fortuitement un an plus tard par le Professeur Favre. Il n'a pas continué le traitement qui lui avait été prescrit et n'a pas voulu revenir à l'Hôtel-Dieu. Cependant, au point de vue pulmonaire, il a été très amélioré : il a passé un bien meilleur hiver. Les accès d'ictus, quoique moins fréquents, se sont reproduits depuis quelques mois.

OBSERVATION II

(Professeur FAVRE)

C. B..., entré à l'hôpital au mois de décembre 1927, dans le service de M. le Professeur Favre parce que depuis quelque temps il est essoufflé et présente des « crises nerveuses ».

C'est un homme de 48 ans qui a toujours eu une robuste santé. Il a fait toute la guerre. Il nie tout accident vénérien, mais il avoue un éthylisme modéré. Il se plaint de tousser beaucoup depuis plusieurs années, surtout pendant les hivers,

A son entrée à l'hôpital, le malade est dans un état d'anxiété considérable : il est très dyspnéique.

Il raconte que de temps en temps, il présente des crises avec perte de connaissance survenant à la suite de quintes de toux. Après avoir ressenti un picotement au larynx il présente quelques secousses de toux, il ressent alors une striction intense à la gorge, et a la sensation « d'une boule qui remonte », il devient rouge, a l'impression d'étouffer, puis il perd connaissance et tombe.

D'après les témoins, cette perte de connaissance durerait quelquefois une à trois minutes. Pendant ce temps, le malade ne présente ni convulsions, ni troubles sphinctériens. Les membres sont souples, le visage calme. Quand il revient à lui le malade se rappelle seulement qu'il vient de tousser. Après la crise il ne présente pas d'obnubilation : son état redevient ce qu'il était avant.

Cet homme distingue très bien ses ictus laryngés qui surviennent très irrégulièrement au cours d'une quinte, sans prodromes, des suffocations qu'il présente à l'occasion de crises de toux violentes et prolongées.

Examen pulmonaire : La respiration est courte et bruyante.

Aux poumons, on note une sonorité normale. Une respiration emphysemateuse avec quelques sibilances et quelques ronchus. Le champ de course du diaphragme paraît très limité, les bases respirent mal.

La radiographie montre des arborisations hilaires très nettes et bilatérales, une zone grise à la base droite.

A noter une déformation des doigts en baguette de tambour.

Appareil circulatoire : le cœur est régulier et normal. Tension maxima : 19. L'aorte est très débordante.

Appareil digestif : Le foie, débordant, est très douloureux.

Système nerveux : Un examen complet du système nerveux montre : une abolition du réflexe achilléen gauche, un signe d'Argyll-Robertson unilatéral droit.

Un examen sérologique est pratiqué : la réaction de Bordet-Wasserman est très positive,

Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade a présenté deux ictus laryngés. Un jour, étant assis au pied de son lit, il a une quinte de toux, il se lève pour prendre un crachoir, puis, brusquement, s'affaissant sur le sol, il se blesse au front.

Une autre fois, traversant la salle, il ressent un picotement dans la gorge, a quelques secousses de toux, puis tombe, se blessant. La perte de connaissance est si courte qu'il est debout avant qu'on ait pu lui porter secours. Le malade a oublié ce qui vient de se passer, s'étonne d'être entouré. Il fait remarquer que ses ictus surviennent souvent après les repas. Il en a eu quelquefois au cours de son travail, ou dans la rue. Aussitôt après, il reprend ses occupations.

Cet homme présentant une spécificité certaine reçoit une série complète de novarsénobenzol et part très amélioré en février 1928.

Second séjour : En novembre de la même année, il revient à l'hôpital. Après avoir travaillé six mois, il a pris quelques nouveaux ictus. Il tousse beaucoup et présente une dyspnée vive. Il a, de plus, une douleur épigastrique en barre, de la pituite matutinale ; son abdomen est ballonné, il a un épanchement ascitique, un foie volumineux et douloureux.

A ce moment, M. le Professeur Collet pratique une laryngoscopie qui ne révèle rien d'anormal.

Un examen des crachats est fait : pas de bacille de Koch.

Le réflexe oculo-cardiaque est recherché : il est nul.

Le malade subit une nouvelle série de novarsénobenzol et quitte l'hôpital.

Il revient en juin 1929 pour un épisode relevant de son éthyisme : il n'a plus présenté d'ictus. Le malade qui, chaque hiver, présentait de la bronchite à symptômes fonctionnels très accusés, a passé depuis son traitement un excellent hiver.

L'examen de l'appareil respiratoire montre qu'il existe des signes, particulièrement aux bases ; ils y restent étroitement localisés et se sont considérablement améliorés.

OBSERVATION III

(Professeur FAVRE)

G. L..., âgé de 47 ans, entre à l'hôpital dans le service du Professeur Favre, pour des douleurs qu'il ressent depuis un mois dans les jambes et dans la région lombaire. Il se plaint, de plus, d'une grande faiblesse des membres inférieurs.

Il a eu une bronchopneumonie à 9 ans ; une blennorrhagie avec orchite à 18 ans, un chancre induré suivi d'une roséole à 26 ans. A ce moment, il a été soigné à l'hôpital de l'Antiquaille. Il y a deux ans, il a suivi un traitement par le novarsénobenzol.

Cet homme est dyspnéique ; sa dyspnée s'accroît chaque hiver et devient très intense. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a vu apparaître des ictus laryngés. Il accuse, au début, une sensation de picotement dans la gorge qui provoque une quinte de toux ; celle-ci se termine brusquement par une perte de connaissance de une à trois minutes, dit-il.

Pendant son séjour à l'hôpital, il présente plusieurs ictus : quelques-uns la nuit, un autre dans la journée : étant debout au pied de son lit, il est pris d'une quinte de toux ; se tenant sur ses gardes, il se cramponne, s'appuie à son lit, perd connaissance, mais ne tombe pas.

Le malade raconte que depuis un mois, ces ictus surviennent souvent : plusieurs fois par semaine. Il lui est arrivé de tomber dans la rue au cours d'une quinte de toux : il montre plusieurs plaies récentes des genoux, faites au cours de ces chutes.

En faisant préciser le malade on peut se rendre compte que la perte de connaissance ne dure, en général, pas plus de 30 secondes. Aussitôt après il reprend ses occupations ; s'il est dans la rue, il continue son chemin.

Examen : Appareil respiratoire : On trouve des râles de bronchite disséminés des deux côtés, spécialement aux bases, et une sonorité exagérée.

Appareil digestif : Le malade présente, sur la face interne de la joue gauche, une plaque étendue de leucoplasie.

Le foie est volumineux et dur, le malade avoue un certain degré d'éthylisme avec pituite matutinale et zoopsies.

Système nerveux : Les réflexes rotuliens sont normaux. Les réflexes achilléens sont faibles, irréguliers, rapidement épuisables. Le réflexe du côté gauche est très difficilement perceptible.

Les pupilles sont irrégulières et réagissent faiblement.

La réaction de Bordet-Wasserman est négative.

En somme il s'agit d'un homme ayant présenté des accidents spécifiques primaires et secondaires certains, présentant à son entrée à l'hôpital : une leucoplasie buccale, une parésie des membres inférieurs avec douleurs vagues, une diminution des réflexes achilléens ; signes qui permettent de penser à un tabes au début.

C'est un vieux tousseur, un « bronchitique chronique » qui au cours d'un épisode pulmonaire aigu a vu survenir des ictus laryngés.

Observations récentes recueillies dans la littérature

OBSERVATION I

D'après PAISSEAU ET LAMBLING

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*,
23 mars 1923.)

Il s'agit d'un bronchitique chronique avec dyspnée d'effort permanente, chez lequel la toux prend par période le caractère d'accès spasmodiques prolongés, se terminant par une perte de connaissance brusque et complète, sans mouvements convulsifs. Le malade ne présente ni morsure de la langue, ni perte d'urine.

Les auteurs insistent sur la disparition presque complète des pulsations radiales pendant les secousses de toux. Si la quinte se prolonge, le malade pâlit, chancelle, est sur le point de s'affaïsser. L'hypervagotonie est manifeste : le réflexe œulo-cardiaque est exagéré. L'adrénaline et la belladone suppriment les crises, mais seulement pendant la durée de leur administration.

Les symptômes laryngés font défaut : le malade n'accuse aucune sensation laryngée, ni striction, ni spasme ; on ne relève aucun signe d'irritabilité dans la sphère du laryngé supérieur.

Le malade est syphilitique, comme le prouve une forte leucoplasie buccale et le Bordet Wasserman sanguin positif. Mais on ne relève aucun signe de spécificité du nevraxe et le liquide céphalo-rachidien est absolument normal avec Wasserman négatif.

Les auteurs se proposent d'instituer un traitement spécifique pour en voir les résultats.

OBSERVATION II

SÉZARY

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*,
13 avril 1923, page 531.)

Il s'agit d'un homme de 47 ans, laveur de vaisselle, légèrement obèse (taille 1^m63, poids 78 kg. 500), qui, après une enfance chétive, a souffert depuis l'âge de 23 ans de poussées bronchitiques courtes mais répétées, s'accompagnant de dyspnée. En septembre 1918, il subit une intoxication par les gaz de guerre ; son billet d'évacuation mentionne : intoxication par l'ypérite, blépharo-conjonctivite, laryngite, bronchite subaiguë chez un emphysémateux. Il rejoint son corps après l'armistice, continuant à tousser, cracher et souffrant d'oppression. Il reprend cependant son métier après sa démobilisation en décembre 1918, et son état demeure stationnaire jusqu'en 1920.

En mars 1920, il a un premier ictus. Après son déjeuner il se sent oppressé, a une quinte de toux et aussitôt perd connaissance. Il tombe et présente quelques secousses convulsives des membres. Après plusieurs secondes, il revient à lui et peut reprendre ses occupations. De tels ictus se sont renouvelés 2 à 3 fois en 1921. A diverses reprises, il s'est senti, à la suite de quintes de toux, sur le point de perdre connaissance, mais ces ictus ont avorté.

En 1922, les accidents reviennent plus fréquents. Quinze ictus sont survenus en 5 mois, et c'est pourquoi le malade est venu consulter le 7 juin. Il nous précise que la perte de connaissance survient à la suite de quintes de toux aussi bien intenses et coqueluchoïdes, que légères. D'ailleurs, toutes les quintes intenses ne provoquent pas d'ictus. Il ne peut prévoir la crise, car la syncope survient subitement, sans prodromes, au début d'une quinte. Il ne s'est cependant jamais blessé en tombant, car il prend ses précautions chaque fois qu'il ressent un picotement laryngé, précurseur de la toux. La femme du malade nous raconte que, pendant la syncope, qui dure de dix à trente secondes, la face est vultueuse, les yeux exorbités ; sauf au cours du premier ictus, il n'y a pas eu de secousses convulsives des membres. On n'a constaté ni contracture, ni morsure de la langue, ni écume aux lèvres, ni émission involontaire d'urine, ni vomissements. Aussitôt après, le visage est pâle, et il se produit une abondante transpiration. Le malade ajoute qu'au début et à la fin de la crise, les figures des personnes qui l'entourent lui apparaissent déformées, allongées et jaunes, comme en cire. Quelquefois la perte de connaissance fait défaut et l'accès se réduit à ce trouble visuel.

L'examen révèle des signes indéniables d'emphysème pulmonaire : le thorax est globuleux, l'inspiration humée, l'expiration prolongée, le murmure vésiculaire affaibli.

La radioscopie ne montre aucune ombre anormale péri-bronchique, ganglionnaire ou médiastine ; les sinus costo-diaphragmatiques sont libres.

A l'auscultation du cœur, le deuxième bruit aortique est un peu dur ; la tension artérielle est de 16,5 - 7,5 à l'oscillomètre de Pachon.

L'appareil digestif est normal.

Les réflexes sont normaux. Il n'existe aucun signe de tabes.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque montre un ralentissement exagéré des pulsations cardiaques qui, de 19, tombent à 15 au quart de minute.

OBSERVATION III

HALPHEN ET AUBIN (octobre 1924.)

(Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur, p. 924.)

Il s'agit d'un homme âgé de 49 ans. La sensation de chatouillement très intense est localisée par le malade à la région trachéale et sous-glottique. Elle entraîne rapidement deux à trois secousses de toux sèche, irrésistible, puis une crise de suffocation, d'étouffement, accompagnée de cyanose, de turgescence des veines du cou. Alors le malade tombe brusquement sans connaissance. Dans sa chute, il lui arrive de se blesser. La perte de connaissance ne dépasse d'ailleurs pas une minute ; il se relève encore agité d'un léger tremblement, mais peut reprendre son travail.

Prévenu par son chatouillement et sa toux spéciale et bien distincte des quintes de toux qu'il doit à sa bronchite chronique, le malade a le temps de s'asseoir et de prévenir ainsi sa chute ; mais souvent l'accès se borne à la quinte de toux. Jamais de cri initial, d'aura, de morsure de la langue, d'émission d'urine.

Ces crises, qui surviennent surtout le jour et rarement la nuit, se répètent environ une ou deux fois par semaine.

A Lariboisière, on lui a enlevé les amygdales comme

thérapeutique de ses crises, mais les accès n'en ont subi aucune modification. Ajoutons que pendant la guerre il n'a jamais eu de crise d'ictus ; il a fait son service sans être arrêté ; mais, depuis son retour, la maladie a repris son cours avec une telle intensité, qu'il s'est décidé à venir nous consulter.

Examen. — Volumineuse amygdale linguale, rouge et tomenteuse ; cordes légèrement rosées.

Signes de bronchite chronique.

Réflexe oculo-cardiaque nul.

Examen du système nerveux négatif.

Hypéresthésie du conduit auditif. La pression du laryngé supérieur n'entraîne aucune douleur. Le moindre attouchement externe du laryngé (cricoïde) déclenche une crise de toux.

Traité comme deux autres par injection d'alcool dans le laryngé supérieur. Soulagement immédiat, disparition complète des quintes. Mais, après un mois, le malade présente un ictus après un léger chatouillement sans quinte.

OBSERVATION IV

D'après FERRERI G.

(*Revue de Laryngologie*, 15 mai 1925.)

B. C., âgé de trente-trois ans, de robuste constitution squelettique et musculaire, avec anamnèse reculée négative. Atteint de syphilis à l'âge de seize ans, et, s'étant fait soigner intensivement et longuement, il n'a plus eu aucun accident. Il a deux enfants de son mariage avec une femme saine. Fumeur modéré, il boit peu et seulement pendant ses repas. Il n'a jamais eu d'accès d'asthme. De caractère tranquille et serein, il travaille régulièrement et avec soin à son entreprise.

Il s'est toujours bien porté, sauf une légère attaque de malaria pendant son service militaire.

Le patient s'est présenté à l'ambulance de la clinique à cause d'un phénomène qui lui est arrivé une première

fois il y a environ six mois et s'était ensuite répété à plusieurs reprises.

Il dit, en effet, qu'il y a six mois, se trouvant, un jour de fête, à dîner avec de joyeux camarades, et, sans avoir trop bû, en entendant un de ses amis raconter quelque histoire très gaie, il fut pris d'un violent accès de rire et, tout à coup, sans éprouver d'autre sensation qu'une légère torpeur à la gorge, il s'affaissa sur sa chaise et perdit connaissance. L'ictus ne dura que quelques secondes, et le malade revint à lui sans avoir besoin de secours et sans avoir conservé aucune sensation spéciale de malaise.

Ce cas se répéta encore deux ou trois fois, toujours à l'occasion d'un rire immodéré. Au début, le patient ne se souciait guère de ces accès syncopaux qu'il attribuait soit à la grande chaleur, soit aux rues trop ensoleillées qu'il devait parcourir pour se rendre au lieu de rendez-vous habituel avec ses amis. Mais à présent, il est très alarmé et fait tout ce qui lui est possible pour rire le moins possible.

Examen objectif : laryngoscopie. Si l'on excepte un léger degré d'érythème catarrhal simple, on ne remarque objectivement rien de particulier au larynx, dont la motilité est tout à fait normale. Les cordes se présentent blanches ; la voix est normale, comme timbre et comme étendue.

L'examen neurologique est complètement négatif.

L'examen général ne montre rien d'anormal du côté des organes intérieurs. Réaction de Wasserman négative.

PREMIÈRES OBSERVATIONS DE CHARCOT

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter la communication que fit Charcot, le 19 novembre 1876, à la Société de Biologie, où il attira l'attention sur cet accident jusqu'alors inconnu, et les deux Observations qu'il publia quelques années plus tard dans la *Progress Médical*.

OBSERVATION I

(Résumée dans le compte rendu.)

Il fut appelé à voir un malade qui se plaignait de goutte et de toux. Un jour, à la suite d'une légère quinte, il le vit tout à coup s'affaïsser sur lui-même et se relever presque aussitôt, sans avoir présenté la moindre trace de convulsion. Le malade qui, au sortir de cette sorte de crise, assurait qu'il n'avait pas perdu connaissance, fit connaître que de temps à autre il souffrait de ces accidents, depuis l'époque où cette toux s'était manifestée. Il est inutile d'ajouter que le malade, âgé de 55 ans, n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'épilepsie.

OBSERVATION II

(Résumée dans le compte rendu.)

Peu de temps après, M. Charcot vit, avec le docteur Carrière, un malade de 54 ans qui, lui aussi, non épileptique, se plaint de devenir sujet, depuis un an, à ce qu'il appelle des attaques. Cet état est annoncé par un chatouillement qui existe au-dessous du larynx, une petite toux sèche qui est suivie quelquefois d'une sorte d'attaque, pendant laquelle le malade s'affaïsse et perd connaissance. Pendant cette attaque, et aux dires des personnes qui sont à même de l'observer, il paraît que sa face devient violacée, turgescence, et qu'il se produit quelques secousses convulsives dans la tête et dans le bras. Il ne se mord pas la langue, n'urine pas sous lui. L'attaque est courte et, à peine est-elle terminée, que le malade se relève, sans hébétude, et se trouve même capable d'achever une conversation commencée avant l'attaque. Ces accès sont devenus très fréquents depuis quelques temps; il en eut quinze à seize par jour, et il est arrivé au malade de tomber dans la rue. Chaque fois les attaques ont été précédées du chatouillement et de

la petite toux ; cependant il peut arriver que les accès de toux ne soient pas suivis de grandes attaques. Dans ce cas, le malade n'éprouve qu'un sentiment vertigineux qu'il ne peut pas définir, mais qui ne s'accompagne jamais de chute.

L'examen de la gorge fait reconnaître un peu de laryngite granuleuse. Le malade est depuis déjà longtemps atteint de bronchite chronique avec emphysème ; mais c'est depuis un an seulement que se sont montrées les attaques.

OBSERVATION III

CHARCOT

(*Progrès Médical*, 26 avril 1879, p. 317.)

M. le Docteur W..., né en Russie, est âgé d'environ 40 ans. Il y a douze ans, après être resté pendant l'hiver plongé dans l'eau jusqu'à mi-corps, près d'une heure durant, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire généralisé, qui l'a retenu au lit pendant près de trois mois. Peu après, se déclara une affection bronchique qui, d'abord aiguë, ne tarda pas à s'établir d'une façon à peu près permanente. Oppression constante, bruits sibilants qui s'entendent à distance, expectoration difficile. Fréquemment se montraient de violents accès d'asthme qui généralement se terminaient par l'expectoration de crachats moulés vermiciformes.

Pendant le cours de l'année 1877, les accidents spéciaux dont on va donner la description, d'après le récit du Docteur W..., se sont produits une dizaine de fois. En dehors des accès d'asthme et sans intervention d'une cause appréciable, tout à coup le malade éprouve un peu au-dessous du larynx, sur le trajet de la trachée, un sentiment particulier de brûlure et de chatouillement très pénibles, et peu après se déclare une quinte de toux ; puis, très rapidement, survient un vertige, et presque aussitôt M. W... sent successivement les doigts de sa main

gauche se fléchir involontairement, le membre supérieur gauche se raidir dans l'extension et s'élever tout d'une pièce jusqu'à la hauteur de la tête, en même temps que ce membre en entier est agité par trois ou quatre mouvements cloniques. En ce moment, M. W... perd connaissance ; à son réveil, qui a lieu quelques secondes après, il se trouve constamment couché à terre, reposant sur le côté gauche. Les membres du côté gauche ne présentent aucune anomalie, quant au mouvement et à la sensibilité, dans l'intervalle des accès que nous venons de décrire.

Plusieurs fois le sentiment de brûlure et de chatouillement, la toux prémonitoire, ont été suivis seulement par quelques inspirations sifflantes, une menace de suffocation, et l'accès est resté ainsi incomplet. L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Fauvel, n'a fait reconnaître dans l'organe qu'un peu de rougeur anormale de la muqueuse.

Le Docteur W... a succombé très rapidement en pleine connaissance, sans avoir présenté de convulsions, pendant un accès d'asthme.

OBSERVATION IV

CHARCOT

(*Progrès Médical*, 26 avril 1879, p. 317.)

M. G..., âgé de 45 ans, fut atteint, vers le 20 juillet 1878, d'une bronchite sans caractère particulier, qui guérit assez rapidement, mais laissa après elle, au niveau du larynx, un sentiment presque permanent de chaleur et de chatouillement. Ces sensations s'exaspèrent de temps à autre, tout à coup, et sont suivies de quintes de toux très pénibles. Dans le courant du mois d'août, M. G..., étant au lit, fut réveillé brusquement par une de ces quintes ; il se leva, perdit presque aussitôt connaissance et se réveilla quelques instants après, gisant à terre. Depuis cette époque, les crises se sont très souvent reproduites ; quelquefois il y en a eu trois ou

quatre par jour. Constamment, dans ces crises, le malade perd connaissance et tombe à terre ; il est plusieurs fois tombé dans la rue. Il se relève presque aussitôt, sans trouble marqué des idées, mais ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la chute ; il se rappelle seulement le chatouillement laryngé, la toux et le sentiment vertigineux qui l'ont précédé.

D'après le récit des personnes qui ont assisté à ces crises, la face devient quelquefois, au moment de la chute, turgescence et un peu violacée ; il y a, de temps en temps, quelques mouvements convulsifs dans la face et dans les membres ; pas de cri initial, pas d'émission d'urine. Le malade ne s'est jamais mordu la langue ; il n'y a, au moment du réveil, ni nausées, ni vomissements.

L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. le Docteur Krishaber, n'a fait reconnaître, soit dans la cavité du larynx, soit dans celle de la trachée, l'existence d'aucune lésion.

ETUDE CLINIQUE

Symptômes

Notre étude clinique portera tout d'abord sur l'accident brutal qu'est l'ictus laryngé proprement dit. Mais nous insisterons peu sur sa description maintenant bien connue. L'ictus laryngé est d'ailleurs tellement typique ; il a des caractères si particuliers, que toutes les descriptions cliniques qui en ont été données sont identiques. De ces descriptions, il en est d'excellentes que nous citerons. Ce qui nous intéressera davantage, c'est de chercher à étudier complètement le malade atteint d'ictus laryngé, c'est d'établir avec soin les concomitances morbides de l'ictus, c'est enfin de chercher si, en dehors de l'ictus proprement dit, par l'étude d'autres troubles présentés par le malade, nous ne trouverions pas de données précieuses qui pourraient nous servir à étudier, à préciser le terrain sur lequel évolue l'ictus laryngé, à voir plus clair dans ses causes et, par suite, à le traiter plus efficacement.

1° L'ictus laryngé proprement dit.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne reprendrons pas en détail l'étude clinique de l'ictus laryngé proprement dit. Elle est tout à fait superflue, car elle a été traitée dans l'article de MM. Garel et Collet d'une façon si complète, avec tant de détails et de minutieuses observations, que nous n'avons pas la prétention d'y ajouter quoi que ce soit. On devra toujours se

rapporter à cet article fondamental, dont la documentation, la qualité de l'observation et la lumineuse exposition ne sauraient être dépassées. Rappelons cependant tout d'abord la description de l'accès typique, telle que nous la trouvons dans l'article de MM. Garel et Collet :

« Un homme de 40 à 50 ans, sans tare nerveuse appréciable, mais ayant présenté déjà quelques manifestations arthritiques et porteur le plus souvent d'une affection chronique légère des voies respiratoires, éprouve au larynx un picotement qui détermine une quinte de toux ; immédiatement sa face se congestionne et il tombe par terre sans connaissance, ou, s'il est assis, sa tête s'affaisse sur sa poitrine. Les traits sont calmes, les membres souples, d'autres fois agités de quelques secousses ; il n'y a ni morsure de la langue, ni émission d'urine. Au bout de quelques secondes il se relève, pâle, se rappelant avoir toussé, mais ne comprenant rien à l'effroi de son entourage ; riant de l'alarme qu'il vient de causer, il reprend ses occupations, et le reste de la journée se passe sans incidents. »

Certains traits de cette rapide scène morbide doivent être soulignés avec soin. Notons tout d'abord la brusquerie de l'apparition de l'accident. Elle est telle que l'on a rapproché l'ictus laryngé de la crise d'épilepsie. Il suffit en effet de relire les observations des malades ou de les écouter raconter l'histoire de leurs accès. Il en est pour ainsi dire d'instantanés : le malade dit qu'il éprouve une sensation de chatouillement, de picotement laryngé très spécial, de caractère impérieux, et qu'un de nos malades au moins savait

très bien distinguer des sollicitations ordinaires qui provoquent la toux.

L'un de nos malades affirmait, qu'en retenant ses mouvements respiratoires en inspiration forcée, il pouvait parfois conjurer la crise, mais le plus souvent il n'y pouvait parvenir.

La sensation de picotement devient de plus en plus forte, une quinte de toux survient et, brusquement, le malade s'affaisse, avec cette perte de connaissance si courte et ce retour à l'état physiologique si brusque qui caractérise l'ictus laryngé.

L'état des malades n'est pas, au moment même de l'ictus, exactement précisé, et des notions exactes nous manquent encore. MM. Garel et Collet disent que la face est congestionnée. On attribue cette congestion à l'injection faciale provoquée par la quinte de toux. Mais cette quinte peut être très courte, et, dans quelques cas, c'est la pâleur que l'on observe.

Voici ce que disent MM. Garel et Collet à ce sujet :

« Les accès sont accompagnés de troubles de la circulation de la face. L'interrogatoire a été dirigé vingt et une fois de ce côté ; dix fois il a été répondu que la face était d'abord congestionnée et que la pâleur ne survenait que secondairement. Les assistants la remarquent le plus souvent quand le malade se lève ; mais elle peut exister depuis un certain temps, même pendant que le malade est par terre, comme le démontrent plusieurs autres observations, par exemple celle de Kurz. Dans neuf autres cas, il est dit que la face est congestionnée, sans qu'on ait remarqué de pâleur consécutive ; dans deux enfin, on n'a noté ou

remarqué que la pâleur, sans congestion initiale. Dans deux cas, pas de renseignements à cet égard. »

De même, l'état des membres n'est pas toujours très nettement défini, le médecin assistant rarement à l'ictus. Mais si un certain nombre d'auteurs signalent quelques secousses, il est certain qu'elles sont le plus souvent peu nombreuses et de peu d'amplitude. Sur les vingt et un cas d'Amstrong, elles étaient signalées seulement neuf fois. Dans celles de MM. Garel et Collet, sur vingt-trois cas, leur absence est expressément notée dix fois ; deux fois elle est probable ; trois fois leur présence est inconstante. D'une façon générale, les membres conservent toute leur souplesse, et on n'observe jamais de contractions toniques.

Il s'en faut que toutes les quintes de toux aboutissent à l'ictus. La plupart des malades toussent depuis fort longtemps, alors que l'ictus n'apparaît qu'à titre exceptionnel. Il n'est pas rare de voir de tels malades avoir des quintes de toux très violentes, prolongées, au cours desquelles ils présentent de véritables phénomènes d'asphyxie, tant ils sont vultueux, congestionnés, cyanosés. Ces quintes prolongées peuvent s'accompagner d'éblouissements, de sensation de vertige. « Le malade voit rouge » disent MM. Garel et Collet. Il peut même éprouver une courte absence ; mais ce ne sont pas là des crises d'ictus laryngé vrai, et l'on pourra observer peu après cette quinte prolongée, qui aura laissé le malade dans un véritable état d'épuisement, le phénomène bien différent d'une courte sollicitation laryngée, accompagnée de deux ou trois petites secousses de toux et suivie de l'ictus vrai, brutal, avec sa perte de connaissance,

MM. Garel et Collet ont bien noté cette absence de parallélisme entre l'intensité des crises et la survenue de l'ictus laryngé : « Il est noté, en particulier dans les Observations I, II et VIII, que les malades prenaient de très fortes quintes sans perdre connaissance, et que l'ictus survenait quelquefois pendant des quintes moins fortes : il semble donc qu'il n'y ait pas un rapport forcé entre l'apparition de celui-ci et la violence des cas de toux, bien que ce rapport s'observe habituellement. »

Ces auteurs constatent également qu'il n'y a pas de différence réelle entre l'ictus survenu à la suite de longues quintes et ceux qui apparaissent après une seule secousse de toux.

La perte de connaissance est toujours complète. Bien souvent, et tous les auteurs l'ont remarqué, le malade tombe comme foudroyé. Chez l'un de nos malades, conducteur de tramway, sujet à de nombreux ictus laryngés, le malade, prévoyant sa crise, avait la précaution de modérer le plus possible l'allure de sa voiture ; il se cramponnait à ses manettes et se penchait en avant pour ne pas tomber ; puis, quelques secondes plus tard, il reprenait la direction de son véhicule.

La chute est très fréquente. On en trouvera de nombreux exemples chez les malades de MM. Garel et Collet. Un de nos malades s'était fait de multiples contusions ou plaies superficielles en tombant.

Nous n'insisterons pas, car ce n'est pas le but de notre travail, sur les faits relatifs au poulx. Nous laisserons également de côté ce qui a trait à l'étude des

sphincters. Nous renvoyons aussi, pour tout ce qui concerne la durée de la crise, la manière dont elle se termine, les phénomènes consécutifs à l'ictus, à l'étude de MM. Garel et Collet. Nos cas personnels n'apportent rien de nouveau. Ils sont absolument classiques ; il s'est toujours agi, chez nos malades, de l'accident brutal, justement dénommé ictus, en raison de son apparition soudaine. Chez aucun de nos malades, les accès n'ont présenté des particularités qui n'aient pas été signalées dans les études antérieures consacrées à la description de ce très curieux incident.

Nous voulons tout particulièrement insister, nous l'avons déjà dit, sur l'étude des altérations de l'appareil respiratoire dont étaient atteints nos malades, comme aussi sur les lésions viscérales concomitantes, que nous avons pu observer en les étudiant de façon complète.

2° Etat des voies respiratoires et des poumons chez les malades atteints d'ictus laryngés. Bronchite chronique et ictus laryngé.

Le début de l'ictus laryngé par des secousses de toux, la fréquence des altérations de l'appareil respiratoire chez de tels malades, devaient retenir l'attention des observateurs. On a étudié tout d'abord chez ces malades l'état des voies respiratoires supérieures. Voici ce que disent sur ce sujet MM. Garel et Collet :

« Sur 23 observations, dans sept cas, la rougeur des cordes, le plus souvent limitée à leur bord libre, a été expressément notée ; on a trouvé aussi des lésions ou des troubles laryngés divers ; polype du larynx anciennement opéré, parésie des crico-aryténoïdiens

postérieurs, laryngo-spasme unilatéral intermittent. Plus fréquemment encore, il existait des lésions du pharynx ou du nez, susceptibles de déterminer des accès de toux (comme l'a d'ailleurs prouvé l'heureuse influence exercée sur la maladie par leur traitement), rhinite postérieure, luette longue (deux cas), ou papillomateuse (Gleitsmann a observé un cas analogue), hypertrophie des amygdales, hypertrophie de l'amygdale linguale, déviation de la cloison, polypes du nez, et, dans plusieurs cas, des granulations du pharynx ou de la pharyngite sèche. »

En ce qui concerne le poumon et l'appareil bronchique, ces auteurs semblent avoir attaché à son étude moins d'importance ; le paragraphe qu'ils lui consacrent est extrêmement court :

« Du côté du poumon, l'emphysème, la bronchite chronique, des râles disséminés dans les deux poumons et surtout aux bases, semblent indiquer que la circulation ne se fait pas toujours dans des conditions excellentes...

Même dans les cas où l'examen objectif des voies respiratoires est à peu près négatif, l'interrogatoire met le plus souvent en évidence une affection chronique de cet appareil. Tous nos malades, ou à peu près, sont de vieux touseurs, sujets aux bronchites récidivantes revenant tous les hivers, depuis 5 ans, 9 ans, 12 ans et même davantage (14 sur 20 sont dans ce cas), et il n'est pas rare de voir l'ictus ou une série d'ictus survenir précisément à l'époque d'une de ces recrudescences, pendant qu'ils prennent des quintes très fréquentes.

Plusieurs malades présentent même une tendance au catarrhe laryngo-bronchique, qui se retrouve jusque dans leurs antécédents héréditaires (père ou mère morts asthmatiques, emphysémateux ou porteurs de vieilles bronchites). »

C'est souvent lors d'une poussée aiguë survenue au cours d'une bronchite chronique, que l'on voit les ictus paraître avec une particulière fréquence. Nous avons cité MM. Garel et Collet pour montrer que la notion de l'ictus laryngé des bronchitiques n'est pas nouvelle, et que l'ictus dit des bronchitiques était bien connu, sans être expressément désigné sous ce nom. Les deux premiers malades de Charcot sont des bronchitiques ; les deux observations qu'il publia dans le *Progrès médical*, en 1879, ont trait également à de vieux tousseurs.

Nous parlons sans cesse à ce propos de vieux tousseurs ; c'est qu'en effet, l'ictus laryngé, et peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur ce fait, est une maladie de sujets d'âge mûr, parfois même déjà âgés. Nos trois malades rentrent dans la règle générale ; tous les trois sont âgés de plus de 40 ans. Nous rappelons à ce propos la statistique de MM. Garel et Collet : « La plus grande fréquence des ictus laryngés se montre de 40 à 50 ans (plus de 50 %) ; un quart environ ont dépassé cet âge ; une infime minorité n'a pas encore atteint 40 ans. »

Il est bien curieux de constater que l'ictus laryngé n'est pas une maladie de l'enfant, du jeune tuberculeux, qu'on ne l'observe pas à un âge de la vie où pourtant on peut rencontrer des affections respiratoi-

res qui s'accompagnent parfois de quintes de toux extrêmement prolongées, violentes, créant chez le malade un véritable état asphyxique.

Il est certain que si l'ictus était simplement lié à la violence des quintes de toux et aux conséquences respiratoires et circulatoires qu'elles entraînent, la coqueluche par exemple devrait s'accompagner au premier chef d'accès d'ictus laryngé.

La guerre nous a appris à connaître une variété particulière de malades atteints d'affections respiratoires d'une extrême gravité : nous voulons parler des accidents broncho-pulmonaires engendrés par les gaz de combat ; on connaît bien, sans que nous insistions, leur ténacité, l'intensité des phénomènes qu'ils occasionnent parfois, et l'on a fait la remarque que si l'ictus laryngé était simplement fonction de la violence des troubles fonctionnels et de l'irritation des voies respiratoires, il devrait compliquer très souvent les manifestations que présentent les gazés ; en réalité, on a expressément noté que l'ictus laryngé ne s'observait pas chez de tels malades.

Toutes les bronchites, toutes les maladies respiratoires qui provoquent le chatouillement laryngé et la toux consécutive, n'entraînent donc pas l'ictus laryngé. Il accompagne certaines maladies respiratoires ; il manque dans d'autres à phénomènes fonctionnels égaux. L'ictus laryngé est ici présent, là absent. C'est dire que nous allons aborder dans l'étiologie un problème intéressant qui est de déterminer la nature des affections broncho-pulmonaires qui se compliquent de l'ictus laryngé.

3° Manifestations viscérales associées.

Il n'est pas rare en clinique, lorsqu'on veut juger de l'interprétation d'une lésion, lorsqu'on veut en connaître la cause, de n'en pas trouver l'explication dans l'étude de l'accident même que l'on considère, mais de la trouver ailleurs, dans l'étude de troubles concomitants qui portent souvent sur des appareils très éloignés de ceux que l'on examine. C'est une règle, dont nos maîtres nous ont signalé souvent l'importance, de faire à propos de chaque malade un examen médical aussi complet que possible. C'est seulement une enquête étendue, qui peut permettre de résoudre une foule de problèmes que pose l'observation médicale.

Cette méthode, appliquée à trois malades dont nous rapportons l'observation, a permis de relever des faits d'une grande importance. Les trois malades dont nous parlons sont tous trois des syphilitiques. Ils peuvent tous être considérés comme atteints de tabès fruste. Chez tous, l'examen de l'appareil respiratoire a fait l'objet de soins particuliers pour permettre de préciser la nature des manifestations respiratoires dont ils étaient atteints. Ce sont là des documents qui nous paraissent avoir une très grande importance.

Dans la série des observations si intéressantes publiées par MM. Garel et Collet, l'examen systématique et complet des malades n'a pu être fait pour tous. Les renseignements que donnent les observations sont un peu sommaires : c'est ainsi que l'on se contente de parler de bronchite et d'emphysème, que les renseignements manquent sur l'exploration du système ner-

veux. Un fait en témoigne : lorsqu'il est parlé de l'exploration des réflexes, on ne trouve signalée que la recherche du réflexe rotulien, jamais la recherche du réflexe achilléen, des réactions pupillaires n'est mentionnée dans ce travail par ailleurs si riche de faits et de précieuses observations.

Les constatations faites chez nos trois malades ne peuvent manquer de retenir l'attention, et nous nous en expliquerons dans le chapitre consacré à l'étiologie de l'ictus laryngé.

ÉTIOLOGIE

Nous avons fait déjà quelques allusions à l'étiologie, en signalant chez nos malades l'âge de l'apparition de l'ictus laryngé, en étudiant les lésions des voies aériennes supérieures et de l'appareil broncho-pulmonaire, que l'on relève si souvent chez ces malades.

Il importe de revenir sur quelques faits tout particulièrement significatifs. Nous avons déjà signalé que l'ictus laryngé n'est pas une maladie des jeunes sujets : « La plus grande fréquence des ictus laryngés se montre, répétons-le, de 40 à 50 ans (plus de 50 %) ; un quart environ ont dépassé cet âge ; une infime minorité n'a pas encore atteint 40 ans.

« En somme, l'étude de l'ictus laryngé dans ses rapports avec l'âge des malades, est intéressante parce qu'elle nous montre leur plus grande fréquence, à la période de la vie où on observe de préférence les bronchites chroniques et l'hémorragie cérébrale, et où, par contre, l'épilepsie fait rarement son apparition. »

MM. Garel et Collet, dans ce dernier paragraphe, notent expressément l'apparition de l'ictus à la période de la vie où surviennent les bronchites chroniques, les hémorragies cérébrales, et, nous ajouterions aussi, certaines maladies du système nerveux central et ces grandes scléroses organiques atteignant plusieurs viscères. C'est introduire, de la sorte, l'étude des comitances morbides de l'ictus laryngé.

A propos des antécédents des malades, MM. Garel

et Collet insistent sur les antécédents arthritiques qu'ils rencontrent dans la moitié des cas. Le fait est intéressant, mais l'on sait assez, aujourd'hui, que la conception de l'arthritisme n'a plus pour nous la valeur qu'elle avait autrefois, et que, derrière l'arthritisme, nous savons rechercher des causes plus précises : causes toxiques, causes infectieuses, causes alimentaires : ne nous contentant plus du simple énoncé d'une diathèse imprécise.

Il est curieux de noter que les auteurs sont, pour la plupart, muets sur la question des rapports de la tuberculose avec l'ictus laryngé. Un seul des malades de MM. Garel et Collet a été considéré comme tuberculeux : « Depuis quatre ans, dit l'Observation, le malade a de la congestion tuberculeuse des sommets et a craché quelques filets de sang. Il a de l'expectoration purulente été et hiver ; les deux sommets présentent des râles humides et des craquements. Il avait maigri il y a un an, mais a bien repris depuis cette époque.

« Depuis un an, il a des nodosités discrètes aux articulations des phalanges. »

La tuberculose semble ici bien probable, encore manque-t-il pour qu'on puisse l'affirmer avec une entière certitude la recherche du bacille de Koch ; et il est intéressant de noter le maintien d'un bon état général chez ce malade qui présente de l'expectoration purulente été et hiver.

Dans la tuberculose commune, celle des jeunes sujets, quelle qu'en soit la forme, l'ictus laryngé fait constamment défaut. Il y a là une remarque impor-

tante qui doit retenir d'autant plus l'attention, que l'on a souvent signalé chez les tuberculeux des troubles du système vago-sympathique, auxquels on a voulu faire jouer un rôle important dans la pathogénie de l'ictus laryngé.

La question des rapports de l'ictus laryngé et de la syphilis peut être considérée comme nouvelle. L'attention des premiers auteurs qui ont étudié l'ictus laryngé ne paraît pas avoir été attirée sur ce point. Un des malades de MM. Garel et Collet est tabétique. En parcourant les observations, nous retrouvons dans l'Observation V une syphilis douteuse. L'Observation XX est particulièrement intéressante : le tabès a été recherché avec soin ; voici ce que consigne l'Observation : « En raison du caractère spasmodique de cette crise, on a recherché soigneusement le tabès : ni anesthésie plantaire, ni signe de Robertson, ni signe de Romberg ; seulement une légère diminution des réflexes rotuliens. » Il faut noter qu'il n'est pas fait mention des réflexes achilléens.

Les trois malades dont nous rapportons les observations sont des syphilitiques : le malade C. B... présente un signe d'Argyll-Robertson unilatéral droit et une abolition du réflexe achilléen gauche ; ses réactions sérologiques sont très positives.

Le malade G. L... a eu un chancre induré suivi d'une roséole à 26 ans. Il présente de la leucoplasie buccale, de la faiblesse des réflexes achilléens contrastant avec l'intégrité des réflexes rotuliens. Il existe, de plus, de l'inégalité des pupilles qui réagissent faiblement à la lumière.

Le malade de l'Observation I a eu la syphilis ; il s'est mal soigné. Ses réflexes achilléens sont abolis, son réflexe rotulien gauche est très faible. Ses pupilles réagissent mal à la lumière. Il présente un début de mal perforant plantaire. Enfin, il accuse des douleurs brusques. La réaction de Wasserman est fortement positive.

Dans la littérature, nous relevons depuis quelques années la mention de la syphilis et l'affirmation de son rôle : c'est ainsi que dans l'Observation de Ferreri l'on retrouve la notion d'une syphilis antérieure, et l'auteur déclare à ce sujet : « Pour qualifier d'essentiel un ictus ou un vertige laryngien, il faut absolument exclure toute maladie constitutionnelle qui pourrait d'une manière quelconque favoriser le développement du syndrome vertigineux. Cependant, on peut objecter que plusieurs parmi les cas déclarés essentiels par Charcot et d'autres médecins, ne l'étaient pas, puisque ces auteurs n'avaient la syphilis, étant donné qu'ils se basaient exclusivement sur l'examen objectif, ne possédant pas encore les moyens modernes de recherches. » A propos de la pathogénie, l'auteur accorde le premier rôle à la syphilis, mais par l'intermédiaire de lésions cérébrales corticales.

Si le malade de Ferreri est bien syphilitique, celui de MM. Paiseau et Lambling l'est également. Ces auteurs notent une forte leucoplasie buccale et une réaction de Wasserman sanguine positive.

De même dans la Thèse de Pinart, sur quatre observations on note : Observation I : une petite plaque leucoplasique à la commissure labiale gauche, tâche

laiteuse avec quelques sillons de la muqueuse ; Observation IV : une petite plaqué d'aspect leucoplasique.

Dans ces observations récentes, le système nerveux a été d'ordinaire examiné, mais on se contente d'affirmer simplement que cet examen a été négatif, alors qu'il aurait été bon de mentionner expressément les recherches pratiquées.

Rappelons que, dans notre cas, il ne s'agissait pas de grands tabétiques, mais plutôt de tabes paraissant non évolutifs, et que l'examen systématique seul permettait d'affirmer. Peut-être même est-il exagéré de parler de tabes pour certains de ces malades, dont on peut dire cependant avec une entière certitude qu'ils présentaient tous des stigmates de syphilis nerveuse.

Telles sont les données nouvelles que fournit l'étude attentive des antécédents des malades. La syphilis paraît bien désormais une des causes étiologiques dont la recherche devra dans tous les cas être systématiquement instituée. On devra mener, chez tous les malades atteints d'ictus laryngés, une enquête approfondie et rechercher attentivement la syphilis, non seulement par les réactions sérologiques, mais avant tout par l'examen clinique minutieux, dont les résultats priment encore et de beaucoup ceux que peuvent fournir les réactions sérologiques qui apportent une notion d'appoint, mais ne sauraient prévaloir sur les preuves fournies par l'examen clinique.

La nécessité impérieuse de cette recherche de la syphilis s'impose d'autant plus que, depuis longtemps et avant même que l'attention ait été attirée sur le

rôle de la syphilis dans la pathogénie de l'ictus laryngé, on avait discuté la question des rapports de l'ictus laryngé avec le tabes. Cette discussion est abordée par MM. Garel et Collet à la fin de leur étiologie dans les termes suivants : « Nous ne résoudrons pas la question des rapports de l'ictus laryngé avec le tabes. On sait, en effet, que cette dernière affection peut se compliquer d'accidents laryngés multiples : paralysies uni ou bilatérales, laryngites chroniques, crises diverses caractérisées par des troubles spasmodiques, et, plus rarement, par des accès de toux aboutissant à la perte de connaissance : ces derniers seuls rentrent dans le cadre de l'ictus laryngé ; on en trouve des cas disséminés dans les publications relatives aux crises laryngées tabétiques. Nous tenons à les rappeler ici pour bien faire ressortir la différence qui sépare l'ictus des accidents purement spasmodiques ».

Certes les accidents laryngés que présentent fréquemment les tabétiques et qui sont maintenant bien connus ressortissent à des mécanismes variés : paralysies laryngées, accès de contracture spasmodique des adducteurs du larynx, mais à côté des accidents les auteurs donnent une place à l'ictus laryngé vrai que l'on doit distinguer des accès spasmodiques, tout en faisant remarquer cependant certains traits qui leurs sont communs.

Décrivant, dans son traité d'oto-rhino-laryngologie avec applications à la neurologie (Douin, éd. 1928), les crises laryngées tabétiques, M. Collet signale qu'elles commencent par un chatouillement laryngé pro-

voquant la toux ; qu'il existe une forme foudroyante dans laquelle « la chute survient immédiatement ».

On ne peut s'empêcher, malgré la diversité des mécanismes mis en cause, de rapprocher ces faits, de signaler cette particulière excitabilité de la région laryngée chez les tabétiques et l'intensité des réflexes qu'elle met en jeu.

Sans insister davantage, nous devons retenir, comme particulièrement importantes en faveur de notre thèse, cette notion de l'ictus laryngé des tabétiques et cette autre notion, non moins importante, qui se dégage de l'étude de ces réactions que l'on désigne du nom de crises laryngées tabétiques.

Il nous reste maintenant à examiner de très près la nature des accidents broncho-pulmonaires que l'on a relevés chez les malades atteints d'ictus laryngés.

La pathologie de l'appareil respiratoire a fait dans ces dernières années de très grands progrès qui nous ont permis de mieux connaître des lésions, en réalité fort diverses, que l'on groupait autrefois sous le simple vocable de bronchite et d'emphysème. Il s'agissait de malades d'âge mûr, vieux tousseurs, présentant plus ou moins fréquemment des poussées aiguës sur un état chronique. Pendant très longtemps l'examen que l'on a fait de ces malades est resté assez superficiel : on se contentait de noter l'existence de râles divers, d'anomalies de la respiration ; on signalait des phénomènes de catarrhe, parfois l'apparition d'hémoptysies et la même étiquette était toujours posée sur de semblables cas cliniques : celle de bronchite et d'emphysème,

Nous ne nous en contentons plus aujourd'hui. Les progrès de la séméiologie clinique, l'intervention de méthodes de laboratoire et l'examen bactériologique des expectorations, l'apparition des rayons X, l'utilisation de méthodes telle que l'injection de lipiodol, ont permis d'apporter la clarté où régnait autrefois la confusion.

Le terme de bronchite chronique avec emphysème ne doit plus être admis, car il ne se suffit plus à lui-même. La bronchite chronique isolée n'a pas d'existence réelle, ni clinique, ni anatomo-pathologique ; la bronche est étroitement solidaire du parenchyme respiratoire ; les réactions bronchitiques les plus légères, lesquelles atteignent des bronches intra-pulmonaires, sont toujours accompagnées de réactions alvéolaires, il n'y a pas de bronchite sans alvéolite. (Tripiier.)

Cette règle s'impose, et à plus forte raison lorsqu'on est en présence des états dits de bronchite chronique, qui correspondent en réalité à des lésions broncho-pulmonaires à évolution chronique coupée de poussées aiguës et où les lésions bronchiques proprement dites sont toujours accompagnées de graves altérations de pneumonie interstitielle qui créent dans le poumon des scléroses mutilantes, dont les caractères varient suivant la cause qui les a fait naître.

C'est dire que lorsqu'on parle d'ictus laryngé des bronchitiques on établit un rapprochement clinique qui ne saurait être admis sans correctif ; car il est essentiellement imprécis. On a fait parfois en clinique de semblables rapprochements et notre Maître

Monsieur le Professeur Favre, nous signalait en particulier la fortune des bronchites que Lassègue avait décrit sous le nom de bronchites albuminuriques. Ici la bronchite était pour ainsi dire subordonnée à la manifestation rénale dont témoignait l'albuminurie. Nous savons bien aujourd'hui qu'il n'y a pas de bronchite albuminurique, que la relation établie par Lassègue est tout à fait arbitraire et que chez les malades atteints d'albuminurie on peut fortuitement voir, mais ceci le plus souvent sans aucune relation directe avec l'albuminurie, les manifestations respiratoires les plus variées. Le prétendu bronchitique albuminurique est parfois un tuberculeux qui présente de la néphrite ou une tuberculose rénale ; ce peut être un hypertendu à la phase de défaillance cardiaque avec poussées d'œdème pulmonaire ; ce peut être un malade atteint de néphrite, mais en même temps de sclérose broncho-pulmonaire, de dilatation bronchique.

Il y a grand danger à établir ainsi sans autre explication des rapprochements, lorsque les choses que l'on rapproche sont en réalité complexes et ont besoin d'être définies. C'est le reproche que l'on peut faire et que l'on doit faire à la dénomination d'ictus laryngé des bronchitiques.

Il n'y a pas d'ictus laryngé des bronchitiques en général ; nous avons déjà vu que ce ne sont pas toutes les bronchites qui s'accompagnent d'ictus laryngé ; ce ne sont pas les bronchites des tuberculeux en évolution ; ce sont les bronchites des scléreux, ce sont les bronchites de ces malades chez lesquels on relève,

comme l'avait autrefois signalé M. Jossierand, des manifestations de scléroses viscérales multiples.

Lorsqu'on étudie de près ces bronchites, on constate qu'elles ont des caractères particuliers. Le malade de notre observation II présente à la radioscopie, des ombres hilaires anormales, une diminution de clarté de la base et des signes radiologiques de symphyse des bases. Les doigts sont déformés en baguettes de tambour. Le malade de l'observation III présente également des signes prédominants aux bases. Le malade de l'observation I présente des râles aux deux bases, qui sont particulièrement gros et éclatants à droite. Ils prennent, lors des quintes de toux, l'allure de véritables gargouillements. La radioscopie montre des hiles très apparents d'où partent des arborisations nettement visibles. A droite, le jeu du diaphragme est très limité.

L'examen bactériologique a été pratiqué chez deux de nos malades ; il s'est toujours montré négatif.

Le terme d'ictus laryngé des bronchitiques est doublement critiquable : parce qu'il parait faire de l'ictus laryngé une complication des bronchites chroniques en général, sans spécifier la variété de processus broncho-pulmonaire dont sont porteurs les malades atteints d'ictus laryngé ; il est encore beaucoup plus critiquable parce qu'il tend à introduire une autre notion : celle d'un rapport étroit de cause à effet entre les lésions bronchitiques et l'ictus laryngé. Rien n'est moins prouvé que la réalité de ce rapport. Nous trouvons une foule de scléroses broncho-pulmonaires avec dilatation bronchique ressemblant tout à fait

à celles que l'on voit chez les malades atteints d'ictus laryngés et qui cependant ne se sont jamais accompagnées de cet accident. C'est donc que le lien n'est pas direct entre l'ictus laryngé et les bronchites chroniques que présentent les malades atteints de ce vertige laryngé.

Ce sont des lésions concomitantes et non point subordonnées. Sans doute les lésions pulmonaires peuvent servir de cause prédisposante, d'épine irritative, mais elles ne créent pas à proprement parler l'ictus. Il semble bien qu'il faille chercher ailleurs le lien qui unit l'ictus laryngé à certaines bronchites : dans une infection chronique qui tient à la fois sous sa dépendance, d'une part les lésions broncho-pulmonaires et les scléroses qui les accompagnent, et d'autre part, par le mécanisme de lésions nerveuses, l'accident paroxystique de l'ictus laryngé.

Que sont d'ailleurs les bronchites que nous observons chez ces malades ? Bien peu d'auteurs ont jusqu'ici songé à les étudier. On s'est contenté, nous l'avons déjà dit, du terme vague et condamnable de bronchite et emphysème. On ne doit plus rapporter à l'avenir d'observations d'ictus laryngé et de lésions bronchiques concomitantes sans s'efforcer de préciser avec soin la nature de la bronchite en cause.

Chez deux de nos malades il s'agit évidemment de cette pneumopathie chronique interstitielle que l'on qualifie mal par le terme classique de dilatation bronchique. Pour l'autre malade le diagnostic de dilatation bronchique ou de pachy-bronchite est extrêmement probable. Or, on sait les relations que ces deux affections ont avec la syphilis.

Dans cette école où nous avons fait nos études, la syphilis du poumon a fait l'objet de travaux maintenant classiques auxquels en particulier le nom du Professeur Tripier restera pour toujours justement attaché.

Les pneumopathies syphilitiques de l'adulte sont-elles fréquentes ? Il n'en faut pas douter. Citons ici le Professeur Tripier :

« On croit, en général, que la syphilis du poumon est exceptionnelle, parce qu'on n'attribue guère cette étiologie qu'à la présence de gommes qui, en effet, ne se rencontrent pas fréquemment, mais qui ne sont pas aussi rares qu'on le dit lorsqu'on sait qu'elles sont ordinairement du volume d'un petit pois et qu'on les recherche avec soin, sans les confondre avec des lésions tuberculeuses. C'est ce qui résulte de nos observations depuis que nous avons mis en évidence le processus pneumonique qui se rapporte à la syphilis, accompagnant les gommes et les bronchectasies, mais que l'on trouve encore bien plus souvent seul avec de la sclérose, son aboutissant naturel... On peut affirmer que, *contrairement à l'opinion généralement répandue que la syphilis du poumon est rare, c'est de toutes les syphilis viscérales la plus fréquente*. Pour s'en convaincre, il importe de pratiquer l'examen histologique de toutes les scléroses qu'on attribue habituellement aux bronchites ou à la tuberculose et notamment de celles qui accompagnent des dilatations bronchiques, même quand il s'y trouve des lésions tuberculeuses qui coexistent assez fréquemment avec elles. »

Nous trouvons encore dans le même chapitre des phrases dont il est inutile de souligner la portée. Parlant de cette catégorie de malades, que l'on désigne sous le nom de bronchitiques emphysémateux et chez lesquels une affection chronique respiratoire est souvent associée à des lésions cardiaques, rénales, à des scléroses viscérales diverses, le Professeur Tripier écrit :

« L'interrogatoire des malades fera souvent découvrir la syphilis dans les antécédents pathologiques, mais non toujours, comme dans toutes les manifestations de la syphilis sans en excepter les gommès ; de telle sorte que *dans les cas douteux comme dans les cas positifs, le traitement spécifique devra être institué, toujours aussi intensif que possible sous peine de ne rien obtenir.*

« Il est vrai que les grosses lésions, comme les dilatations bronchiques, ne doivent guère être modifiables, surtout lorsqu'elles ont profondément transformé une partie d'un lobe pulmonaire. Mais il n'en est peut-être pas de même pour celles qui sont isolées et pour le processus inflammatoire dont elles sont accompagnées, que les examens histologiques montrent en voie d'évolution. C'est pourquoi, dans tous les cas de dilatations bronchiques avérées ou douteuses le traitement spécifique s'impose, afin d'obtenir, ce qu'aucun autre traitement ne donnera, si peu que ce soit et parfois beaucoup en s'y prenant à temps. Aussi ce qui nous paraît surtout important c'est d'agir dès qu'un malade pouvant avoir eu de la syphilis se met à tousser d'une manière permanente, quand bien

même il n'y a pas de signes locaux, en raison de la localisation restreinte des lésions et parfois de leur dissémination, dans tous les cas avec un emphysème compensateur auquel correspond une respiration augmentée qui masque le plus souvent les signes relatifs aux lésions. »

Lorsqu'on lit le livre, véritable monument, que le regretté Professeur Letulle a consacré aux maladies du poumon, on se convainc de l'extrême importance, que cet anatomopathologiste fait jouer à la syphilis dans ces scléroses pulmonaires, dont la nature est restée longtemps imprécise et qui n'avaient guère fait l'objet d'études systématiques. Dans tout son livre, à propos de ces scléroses mutilantes accompagnées de lésions bronchiques, l'auteur fait appel à la syphilis, comme à l'affection dont la signature anatomique se lit, pour qui sait le reconnaître, dans ce parenchyme bouleversé. Toutes ces notions nous avaient été bien indiquées, par nos Maîtres lyonnais et plus spécialement par le Professeur Tripier. Les travaux de M. Letulle apportent une confirmation, dont on sait la grande valeur.

On voit donc qu'il ne faut pas s'étonner, dans nombre de cas, de trouver chez les malades atteints d'ictus laryngés, des lésions bronchitiques. L'ictus ne dépend point de ces lésions respiratoires. Nous avons dit qu'elles peuvent simplement constituer une cause prédisposante. La crise d'ictus laryngé et les bronchites concomitantes ne sont pas en rapport direct : elles dépendent au moins pour les cas que nous avons rapportés d'une cause commune : la syphilis. Nous

sommes persuadés que dans l'avenir, une étude plus approfondie que celles que l'on a fait jusqu'ici, montrera que l'explication que nous donnons de nos trois cas, vaudra pour la plupart des cas du syndrome que l'on a appelé l'ictus laryngé des bronchitiques.

PATHOGÉNIE

Le but de notre thèse n'est pas d'étudier la pathogénie de l'ictus laryngé en général et de cette variété que l'on a improprement appelée l'ictus laryngé des bronchitiques. Ce que nous avons voulu faire, c'est apporter une contribution étiologique à l'étude de l'ictus laryngé, c'est combattre une théorie qui l'associe d'une façon trop étroite à des accidents broncho-pulmonaires chroniques très insuffisamment étudiés par les auteurs qui ont créé le terme d'ictus laryngé des bronchitiques.

Nous n'apporterons donc pas de documents personnels sur la pathogénie de l'ictus laryngé. Nous nous bornerons simplement à signaler l'insuffisance de bon nombre des explications que l'on a donné jusqu'ici de cet accident remarquable par la brutalité de son apparition. C'est ainsi, pour ne prendre que quelques exemples, que l'explication par la congestion des centres nerveux, la stase, les troubles circulatoires ne saurait être admise, alors que l'ictus n'apparaît pas dans un très grand nombre de cas où ces accidents sont au maximum d'intensité. Ils ne sauraient expliquer ces cas où brusquement après une ou deux secousses de toux le malade s'affaisse. D'ailleurs si l'on a invoqué la stase, n'a-t-on pas également, et plus récemment, parlé d'anémie ?

L'hyperexcitabilité du vague a servi de base à certaines explications, mais elle est loin d'être constante, ainsi que nous le dirons plus loin,

Nous ne voulons pas tirer de nos observations plus qu'elles ne comportent. Nous exposerons ici brièvement les principales pathogénies de l'ictus laryngé et nous les ferons suivre des quelques explications qu'elles nous ont suggérées.

I. — Ictus laryngé et vertige de Ménière

Quand Charcot, en 1876, décrivit le premier cas, il assimila cet accident au vertige de Ménière. Cette théorie fut développée et modifiée par Woake et admise par Gasquet. Les impressions du ganglion cervical inférieur produiraient une vasodilatation de l'artère vertébrale et des rameaux labyrinthiques. Consécutivement, il y aurait augmentation de la pression intralabyrinthique et troubles de l'équilibre par action sur les canaux semi-circulaires.

Cette théorie paraît peu probable après l'étude des connexions nerveuses. De plus les sensations éprouvées par le malade au moment de l'ictus sont toutes différentes de celles du vertige labyrinthique. Elle n'est plus admise actuellement.

II. — Ictus laryngé et épilepsie

En 1882, Landon Carter Gray observa un ictus laryngé chez un traumatisé du crâne. Ce fut le point de départ d'une idée pathogénique nouvelle et cet accident fut considéré comme une épilepsie partielle. L'année suivante Bianchi, à propos d'un nouveau cas, défendit encore cette conception, et voulut l'appliquer à tous les cas d'ictus laryngés,

Si cette idée peut être défendue dans quelques rares cas, elle ne peut être généralisée. En effet, dans les antécédents des malades on ne retrouve jamais de crise d'épilepsie typique, de crise convulsive, ou d'absence survenue autrement qu'après une quinte de toux. L'épilepsie est une maladie qui se déclare dans le jeune âge et l'on ne voit pas comment, brusquement, elle ferait son apparition à l'âge mûr. De plus, comment expliquerait-on alors, le parallélisme que l'on observe entre l'évolution de l'ictus laryngé et celle des manifestations broncho-pulmonaires ?

Enfin, un examen détaillé de la crise d'ictus laryngé, met en évidence des différences très nettes : l'ictus laryngé ne s'accompagne, le plus souvent d'aucune secousse ; les membres sont souples, les traits calmes. S'il en existe, ces secousses sont d'un type tout différent, elles ne sont pas précédées d'une phase tonique, et on n'observe ni émission d'urine, ni morsure de langue. Enfin, la période de prostration et d'abattement qui suit toujours la crise d'épilepsie n'existe pas.

III. — *Théorie circulatoire*

Elle admet une irritation des voies respiratoires supérieures comme point de départ, d'une incitation centripète suivant le laryngé supérieur. Cette incitation transmise au bulbe exciterait les muscles expirateurs et provoquerait ainsi la toux. De ce fait la pression intrathoracique serait augmentée et la circulation en retour gênée, il en résulterait une turgescence des jugulaires et une coloration violacée de la face ; les

ventricules enverraient moins de sang, il se produirait de l'anémie cérébrale, cause de l'ictus.

Mais dans ce cas, il faudrait une quinte intense et prolongée ; cette théorie ne peut expliquer les cas où la perte de connaissance suit immédiatement la première secousse de toux. De plus pourquoi l'ictus ne surviendrait-il pas chez tous les tousseurs ?

IV. — *Théorie réflexe*

Cette théorie fut développée par Jeanselme et Lian en 1915, étudiée en 1920 dans la thèse de Pinart et modifiée par MM. Paisseau et Lambling, puis Sézary dans ces dernières années.

Cette théorie admet, comme la précédente, une irritation des voies respiratoires supérieures comme point de départ d'une incitation suivant le laryngé supérieur. La toux et l'inhibition en seraient la conséquence. Le premier phénomène ne serait qu'accessoire. L'inhibition se ferait par l'intermédiaire du pneumogastrique et porterait :

1° Sur la circulation, avec ralentissement ou arrêt des contractions cardiaques constatés plusieurs fois au cours des ictus.

2° Sur la respiration, avec arrêt ou ralentissement considérable des mouvements respiratoires.

3° Sur le psychisme avec perte de connaissance. Pour Bergé, cette action serait primitive, les deux autres secondaires.

MM. Jeanselme, Lian et Pinart appuient cette théorie sur le fait qu'ils ont toujours décelé chez leurs malades une hyperexcitabilité du pneumogastrique, par

la recherche systématique du réflexe oculocardiaque. L'excitation du noyau bulbaire du pneumogastrique retentirait d'emblée et avec intensité sur les appareils respiratoire et circulatoire.

MM. Paisseau et Lambling nient le point de départ laryngé de cet accident. Ils pensent plutôt, à propos de leur malade, à des lésions ganglionnaires ou médiastines qui auraient atteint le pneumogastrique. Les efforts de toux provoqueraient, à la faveur de l'extrême excitabilité du vague, une bradycardie suffisamment durable pour déterminer par anoxhémie cérébrale, une perte de connaissance, dont le mécanisme se confondrait avec celui du vertige de la maladie de Stokes-Adam.

On peut objecter à cette théorie que les sujets atteints d'ictus laryngé sont loin d'être tous des vagotoniques. En effet, la recherche du réflexe oculo-cardiaque a été pratiquée chez l'un de nos malades par le Professeur Collet, faite également par Halphen et Aubin chez leur malade elle n'a pas donné les résultats obtenus par Pinart, Paisseau et Lambling. Monsieur Collet, dans son traité récent d'oto-rhino-laryngologie avec applications à la neurologie, dit également que la plupart des sujets atteints d'ictus laryngés ne sont pas des vagotoniques.

Enfin, cette explication paraît insuffisante, car, si quelques malades présentent une hyperexcitabilité du pneumogastrique, on ne voit pas bien à quelle cause étiologique on pourrait l'attribuer. Si quelquefois on a pu l'expliquer par des lésions ganglionnaires ou médiastines on n'a pas pu apporter la preuve de la constance de telles lésions.

On voit bien, par l'énumération de ces pathogénies variées, que la question du mécanisme de l'ictus laryngé reste encore à préciser. Il sera d'autant plus facile à établir, que nous connaissons mieux cet accident dans ses causes, dans son mode d'évolution clinique. C'est à cette étude que nous nous sommes particulièrement attachés, celle-ci paraissant à notre Maître, comme à nous, un terrain plus solide, un sujet plus fécond en résultats utiles.

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas insister longuement sur le chapitre thérapeutique. La position que nous avons prise dans notre thèse nous conduit à une thérapeutique de l'ictus laryngé toute naturelle. Les cas que nous rapportons sont des ictus laryngés évoluant chez des syphilitiques, chez des malades dont le système nerveux a été touché par cette infection. Ces cas se rapprochent par quelques côtés des ictus laryngés que l'on a signalés chez les tabétiques. Il y a donc, on le comprend, tout intérêt à les traiter par les médications antisypilitiques.

Non seulement l'ictus laryngé peut bénéficier de cures longtemps prolongées, mais les accidents pulmonaires, que l'on voit accompagner parfois ces ictus dans la variété improprement appelée ictus laryngés des bronchitiques, ne peuvent manquer, et nos observations en témoignent, d'être également favorablement influencés par ces médications. On aura ainsi, suivant une vieille expression « fait d'une pierre deux coups ».

Il n'est pas possible de donner des règles générales de ce traitement. Rien n'est plus difficile, ainsi que l'enseigne notre Maître, le Professeur Favre, que de codifier étroitement le traitement des accidents viscéraux de la syphilis. La thérapeutique à suivre doit s'inspirer de l'examen complet du malade, de l'état

de ses viscères et, particulièrement, de ses émonctoires, de sa tolérance aux diverses médications.

Nos malades ont retiré grand bénéfice du traitement par le novarsénobenzol, mais en raison des accidents pulmonaires concomitants, nous avons toujours donné, en même temps, la vieille médication iodo-hydrargyrique, en renforçant la proportion d'iode. Cette médication se montre, dans les déterminations pulmonaires de la syphilis, d'une remarquable efficacité, à la condition d'être longtemps prolongée.

CONCLUSIONS

L'ictus laryngé, par sa brusquerie, par ses caractères cliniques si particuliers, a depuis longtemps retenu l'attention. Depuis le premier mémoire de Charcot, il a fait l'objet de nombreux et intéressants travaux, au premier rang desquels nous citerons la monographie classique de MM. Garel et Collet.

L'ictus laryngé, dont le mécanisme physiopathologique est encore très discuté, évolue souvent chez des malades d'âge mûr, présentant des affections bronchopulmonaires chroniques insuffisamment étudiées jusqu'ici et désignées d'ordinaire sous le nom par trop sommaire de bronchite chronique et emphyseme. La notion de ces accidents remonte à Charcot lui-même. Tous les malades dont il rapporte les observations présentaient des accidents pulmonaires. On a récemment voulu individualiser sous le nom d'ictus laryngés des bronchitiques une variété particulière d'ictus laryngés où ceux-ci seraient subordonnés ou étroitement liés aux manifestations bronchiques.

Les cas que nous rapportons nous permettent de nous élever, avec de sérieux arguments contre la conception de l'ictus laryngé des bronchitiques. Ce ne sont pas toutes les bronchites, mais certaines variétés de bronchites, dont il faut désormais bien préciser la nature, qui évoluent chez les malades atteints d'ictus laryngés. Les accidents pulmonaires de nos mala-

des relevaient de la dilatation bronchique, et l'on peut voir des accidents semblables en grand nombre, chez les sujets qui n'ont jamais présenté d'ictus.

Nos trois malades étaient d'ailleurs des syphilitiques dont le système nerveux avait été touché par l'infection. On sait, d'autre part, qu'il existe chez les tabétiques des observations d'ictus connus depuis longtemps.

Le lien entre l'ictus laryngé et les affections broncho-pulmonaires chroniques de certains malades, nous paraît devoir être recherché, non pas dans une subordination de l'ictus à la bronchite, mais dans la communauté de la cause étiologique : la syphilis. L'enseignement de l'école lyonnaise et particulièrement du Professeur Tripier a établi que les déterminations pulmonaires de la syphilis sont parmi les plus fréquents des accidents viscéraux de cette maladie.

Notre thèse rapporte un nombre de cas qui, bien que démonstratif, est cependant trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions qui puissent être étendues, dans l'état actuel des choses, à l'interprétation de tous les cas, d'ictus laryngés. Cependant, ces trois observations précises et concordantes permettent de poser, avec de très sérieux arguments, la question du rôle de la syphilis dans la pathogénie de l'ictus laryngé.

Une telle notion, parfaitement établie pour les cas que nous rapportons, a une double importance : doctrinale d'abord et qui n'est pas négligeable, thérapeutique ensuite, et celle-ci bien plus importante. La notion de l'ictus laryngé syphilitique permettra d'ins-

tituer une thérapeutique de fond de ce singulier accident, de traiter une syphilis dont la manifestation laryngée peut être le premier signe de détermination nerveuse que le traitement peut conjurer. Elle permettra également d'améliorer grandement les manifestations pulmonaires souvent associées à l'ictus laryngé et qui dépendent comme lui de l'infection syphilitique. Ces manifestations concomitantes, auxquelles on ne saurait, en bonne logique, subordonner l'ictus laryngé, qui lui sont juxtaposées et peuvent tout au plus lui servir de causes provocatrices, sans le créer réellement, bénéficieront, comme l'ictus laryngé lui-même d'une thérapeutique que l'on peut bien qualifier, dans ce cas, de thérapeutique spécifique.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
FAVRE

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Novembre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- CHARCOT. — Communication à la Société de Biologie (séance du 19 novembre 1876, p. 336).
- Vertige laryngé. (*Gazette Médicale de Paris*, n° 19, 2 décembre 1876, p. 581.)
- Du vertige laryngé. (*Progrès Médical*, 26 avril 1879, p. 317.)
- *Journal de Lucas Championnière*, octobre 1888.
- SOMMERBRODT. — (*Berliner Klin. Wochenschrift*, Berlin, 25 sept. 1876, p. 563.)
- GASQUET. — (*The Practitioner*, août 1878.)
- CHAMBERLAIN. — (*Proc. conn. méd. soc.*, 1882.)
- KRISHABER. — (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882, page 12.)
- LANDON CARTER GRAY. — (*Amer. journal of neurology and psych.*, 1882, page 588.)
- BIANCHI. — Sulla vertigine laryngœ. (*La Psichatria*, Napoli, 1883.)
- LEFFERTS. — (*Arch. of laringol.*, 1883, page 165.)
- RUSSEL. — (*Birmingham Méd. Rev.*, 1884, page 71.)
- MAC BRIDE. — (*Edimb. Méd. Rev.*, 1884, page 790.)
- MASSEL. — (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1884, anno VI, page 192.)
- OPPENHEIM. — (*Neurologisches Centralblatt*, 1884.)
- KNIGHT. — (*Trans. améric. laryng. assoc.*, 1886.)
- THERMES. — (*Journal de Médecine de Paris*, 1887.)
- DAUVIN. — (*Journal de Médecine de Paris*, 1887.)
- WEILL. — (*Revue mensuelle de laryngologie*, oct. 1887.)

- GAREL. — (*Revue de laryngologie*, juin 1889.)
- ARMSTRONG. — (*Medical News*, 1889.)
- CARTAZ. — (*Congrès international de laryngologie*, Paris, 1889.)
- D'AGUANNO. — (*Archivii italiani di laringologia*, anno x, 1890, page 148.)
- GLEITSMANN. — (*New-York med. on Monatschrift für Ohrenheilk*, 189, t. I.)
- ADLER. — (*New-York med. journal*, 30 janvier 1892, page 12.)
- RUAAULT. — *Traité de médecine* Charcot et Bouchard. p. 152.)
- ROQUER CASADESUS. — (*Revista de laringol.*, Barcelone, avril 1891.)
- NEWCOMBE. — (*New-York med. journal*, 1892.)
- PHILIPPS. — (*Med. new. Philad.*, 1892.)
- BRIEZOLA. — (*Monitor med.*, Lima, 1893.)
- GAREL ET COLLET. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* mémoire. De l'ictus laryngé. (*Mémoire original*, décembre 1894, n° 12, page 1203.)
- MERCKLEN. — (*Soc. méd. hôp.*, 18 octobre 1895.)
- BEDOS. — (*Thèse de Paris*, 1895-96, n° 37.)
- CHAZALON. — (*Thèse de Lyon*, 1895-96, n° 1.202.)
- FAYOLLE. — (*Lyon Médical*, 31 janvier 1897.)
- MOLL. — (*Arch. int. de lar.*, 1897, page 345.)
- GARNIER ET DELAMARE. — (*Dict. des termes techn. de médecine*, 1909.)
- JOURDIN. — (*Arch. int. de laryngologie*, 1908 et 1909.)

BERGÉ. — (*Revue médico-thérapeutique*, 15 avril 1913.)

JEANSELME ET LIAN. — (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1915.)

VINCENT. — (*Revue de laryngologie, otologie et rhinologie*, 15 juillet 1919, p. 213.)

PINART (André). — De l'ictus laryngé des bronchitiques. (*Thèse de Paris*, année 1919-20, n° 506.)

PAISSEAU (G.) ET LAMBLING (André). — De l'ictus laryngé des bronchitiques. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 mars 1923.)

SEZARY (A.). — Un cas d'ictus laryngé. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 avril 1923, page 531.)

HALPHEN ET AUBIN. — De l'ictus essentiel et son traitement par l'anesthésie du laryngé supérieur. (*Archives internationales de laryngologie*, décembre 1922, page 1198.)

— Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, année 1924, par 924.)

FERRERI GIORGO. — Ictus laryngé consécutif à des accès d'hilarité (*Revue d'oto-rhino-laryngologie*, 15 mai 1925, page 278.)

Contribution à l'étude de l'ictus laryngien. (*Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie*, Naples, 24 octobre 1924, même *Revue*, 22 mai, page 293.)

LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE ET SEBILEAU. — (*Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie* (Baillière, éditeur, Paris, 1924.)

COLLET. — Oto-rhino-laryngologie avec applications à la neurologie. (Douin, éditeur, Paris, 1928.)

TRIPPIER (R.). — Etudes anatomo-cliniques : cœur, vaisseaux, poumons. (Paris, Steinheil, éditeur, pages 344 et suivantes.)

LETULLE ET HALBRON. — Pathologie de l'appareil respiratoire. (Fascicule 12 du *Traité de Médecine*, collection Roger Vidal-Teissier. Paris, Masson, 1923.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
OBSERVATIONS	17
Observations originales ;	
Observations récentes recueillies dans la littérature ;	
Observations initiales de Charcot.	
ETUDE CLINIQUE	33
ETIOLOGIE	45
PATHOGÉNIE	61
TRAITEMENT	67
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	73

